



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE DO ALCOITÃO

Inês Sofia Leal Viegas

Tradução e contributo para a validação do Instrumento
Functional Goals Screening Protocol: Community Clients with
Dementia

Projeto elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em Terapia da Fala na
área de especialização Necessidades Complexas de Comunicação

Orientador(a): Professora Doutora Dália Nogueira

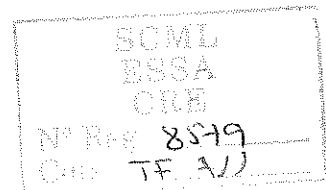
Coorientador(a): Professora Mestre Luísa Taveira

Júri:

Presidente: Presidente: Professora Doutora Maria da Lapa Capacete Rosado
Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Vogais: Professora Doutora Dália Maria dos Santos Nogueira
Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Alcoitão
Professora Doutora Inês Tello Rato Milheiras Rodrigues
Investigadora do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa

Julho, 2016



Agradecimentos

Agradeço a todas as pessoas que fizeram esta etapa da minha vida ser ultrapassada. Um grande agradecimento às minhas professoras que me orientaram nesta etapa académica e me fizeram crescer tanto a nível pessoal como profissional.

Um agradecimento às *Speech Language Pathologist*, autoras do instrumento utilizado, pela autorização de tradução do mesmo para a versão Portuguesa, bem como as adaptações socioculturais necessárias.

Às tradutoras que tornaram possível todo o processo de tradução, à instituição e participantes do estudo que o tornaram exequível de realizar. Por último à minha família por todo o apoio e força dada.

Resumo:

Objetivo: Tradução, adaptação linguística e contributo para a validação do instrumento *Functional Goals Screening Protocol: Community Clients with Dementia* para o português europeu.

Método: O presente estudo é considerado como metodológico, observacional, descritivo-correlacional. Para proceder à etapa de tradução e adaptação linguísticas foram respeitadas as seguintes etapas: preparação, tradução realizada por dois tradutores, que originou uma versão de consenso, o processo de retroversão, realização de um relatório clínico de revisão do instrumento elaborado por um perito terapeuta da fala e realizadas as alterações de acordo com a opinião do perito. Para a seleção da amostra foi utilizada um método de amostragem não probabilístico por conveniência. A faixa etária dos participantes do estudo oscila entre os 53 anos e os 95 anos com maior frequência na faixa etária dos 80 anos aos 89 anos.

Resultados: A tradução e adaptação linguística para o português europeu demonstrou que existe validade de conteúdo. O instrumento apresentou resultados para delimitação de item de localização espacial e uma maior dispersão resultados, desde quem não conseguiu realizar a tarefa a quem necessita de ter assistência. Quanto aos comportamentos de leitura visuais e funcionais a grande maioria das pessoas evidenciou capacidade de leitura; Os itens de alterações comportamentais detetaram manifestações motoras inadequadas, estados confusionais e alterações da comunicação; As atividades de vida diária (mobilidade, refeições/ alimentação, higiene do corpo e pessoal e vestir) são realizadas pela maioria. Tendo por base os pontos de corte do MMSE definidos para a população portuguesa, não há sensibilidade para deteção da presença / ausência de défice cognitivo para as pessoas da amostra; Foi realizado o modelo de regressão linear entre as variáveis idade e pontuação do MMSE, que apresenta um coeficiente de correlação (R^2) mais elevado do que o obtido com a variável habilitações literárias.

Conclusão: A *Functional Goals Screening Protocol: Community Clients with Dementia* conclui-se que é considerada como uma ferramenta de rastreio que ajuda na identificação do perfil de funcionalidade da pessoa.

Palavras-chaves: *Processo de tradução e retroversão; Demência; Functional Goals Screening Protocol: Community Clients with Dementia.*

Abstract:

Aim: Translation, linguistic adaptation and contribute for the validation of the instrument Functional Goals Screening Protocol: Community Clients with Dementia for the European Portuguese.

Methods: The present study is considered methodological, observational - correlational. To proceed to the translation stage and linguistic adaptation the next stages were respected: preparation, translation carried by two translators, which gave rise to a version of consensus, the process of back translation, realization of a clinical report of revision of the instrument prepared by an expert Speech Language Pathologist and when the alterations were carried out in accordance with the opinion of the expert.

For the selection of the sample was used a sampling method non probabilistic for convenience. The age group of the participants of the study oscillates between 53 years and 95 years with more frequently in the age group of 80 years to 89 years.

Results: The translation and linguistic adaptation for the European Portuguese demonstrated that there is content validity. The instrument showed results for delimitation of spatial location item and a greater dispersion results from those who can't do the job to who needs to have assistance; As for the visual and functional reading behaviors great most of the persons showed capacity of reading up; The alterations items behavioral detect demonstrations motors unsuitable, been confusional and alterations of the communication; The activities of daily life (mobility, meals / eating, grooming, dressing and toileting) are carried out by the majority. Based on the cutoff points for the MMSE defined for the Portuguese population, there is no sensibility for detector of the presence / absence of deficit cognitive for the persons of the sample; It performed linear regression model between the variables age and MMSE score, has a correlation coefficient (R²) higher than that obtained with variable qualifications.

Conclusion: Functional Goals Screening Protocol: Community Clients with Dementia ends what is considered how a tool of screening what it helps in the identification of the functional profile of the person.

Keywords: *Process of translation and back translation; Dementia; Functional Goals Screening Protocol: Community Clients with Dementia.*

Índice

Introdução.....	1
Enquadramento Teórico.....	1
Metodologia.....	5
Resultados.....	10
Discussão.....	18
Referências Bibliográficas.....	20
Referências Eletrónicas.....	20
Anexo 1 - <i>Functional Goals Screening Protocol: Community Clients with Dementia</i> ..	22
Anexo 2 – Permissão da autora.....	29
Anexo 3 – T1.....	31
Anexo 4 - T2.....	39
Anexo 5 - Versão de consenso.....	47
Anexo 6 - Retroversão.....	54
Anexo 7– Relatório clínico de revisão do instrumento.....	61
Anexo 8 - Permissão das adaptações ao instrumento.....	74
Anexo 9 - Versão Portuguesa.....	77
Anexo 10– Texto utilizado.....	90

Introdução

O presente projeto tem como finalidade a obtenção do grau de mestrado, do Mestrado em Terapia da Fala, área de especialização Necessidades Complexas de Comunicação.

O trabalho do projeto está dividido em duas partes, em que a primeira englobou a etapa de tradução e adaptação linguística de um instrumento considerado como uma ferramenta de rastreio de recolha de informações para o diagnóstico e tratamento de demências do foro neuropsicológico. Esta ferramenta (questionário) foi criada por duas Terapeutas da Fala Michelle Bourgeois e Angela Halter Rozsa, para a língua Inglesa (USA). Não existe conhecimento, por parte da investigadora, de outras traduções efetuadas noutra língua.

Nesta primeira parte foram respeitadas, oito etapas, sendo estas: preparação, tradução, versão de consenso, retroversão, relatório clínico de revisão do instrumento, análise das novas alterações, painel de peritos e por último uma reunião / *cognitive briefing*. Na segunda parte procedeu-se à aplicação do referido instrumento a um grupo de 31 pessoas que frequentam um centro de dia, com o objetivo de contribuir para a validação do mesmo.

Enquadramento Teórico

A relação do envelhecimento populacional e o aumento da esperança média de vida tem sido uma das reais preocupações, em Portugal. Uma vez que as projeções apresentadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2009) perspetivam que “nos próximos 50 anos, Portugal poderá continuar com cerca de dez milhões de residentes, mas manter-se-á a tendência de envelhecimento demográfico, projetando-se que em 2060 residam no território Nacional cerca de 3 idosos por cada jovem”. Face à diminuição expectável da população jovem e do aumento da população idosa ocasionará o aumento do índice de envelhecimento populacional. Segundo Pereira (2012), a diminuição das variações sociais advém de um baixo índice de fecundidade e de aumento da longevidade. Segundo o mesmo autor, se deve a uma melhoria das condições de vida, a progressos da medicina e a melhoria da assistência médica.

Existe uma relação entre o aumento da esperança média de vida e a prevalência de casos demenciais.

Sendo assim, a demência é considerada como alterações das funções cognitivas de modo a que tenham impacto na vida da pessoa em diferentes níveis tais como: laboral, comunicacional e social. Esta pode ser considerada como um declínio normal do processo de desenvolvimento.

Bourgeois e Hickey (2009) consideram como tipos de demência a doença de Alzheimer, demência vascular; degeneração frontotemporal lombar, doença dos corpos de Lewy, doença de Parkinson, doença Imunodeficiência humana (HIV), traumatismos crânio-encefálicos, doença de Huntington, doença Creutzfeldt – Jakob, entre outros.

Atualmente a American Psychiatric Association (2014), DSM-V, considera as perturbações neurocognitivas (PNC) as anteriormente denominadas no DSM-IV como ‘*Delirium*, demência, Perturbações mnésicas e outras perturbações cognitivas’, “começam pelo *delirium*, das PNC *major*, PNC ligeira e dos seus subtipos etiológicos”. Através desta nova classificação são determinados os subtipos que foram descritos anteriormente pelos tipos de demência. O conceito de demência “ficou englobada na nova entidade denominada Perturbação neurocognitiva *major*, embora a utilização do termo demência não seja excluída nos subtipos etiológicos nos quais esse termo é a norma, havendo a possibilidade de utilizar o conceito alternativamente (American Psychiatric Association, 2014). O diagnóstico deste tipo de demência tem por base fatores cognitivos, comportamentais e funcionais.

Para ser considerado como PNC é necessário que haja um declínio cognitivo em “um ou mais de dois domínios, em simultâneo: 1) numa preocupação sobre a cognição por parte do indivíduo, de um informador conhecedor ou do clínico; e 2) num desempenho inferior ao esperado numa avaliação objetiva ou que tem vindo a piorar ao longo do tempo” (American Psychiatric Association, 2014).

Segundo Bourgeois e Hickey (2009) “- Alterações de memória e mudanças correlacionadas noutros domínios cognitivos (tais como linguagem, pensamento abstrato, juízos de valor e funções executivas, tais como: graves o suficiente para causar alterações em funções sociais e ocupacionais, declínio grave ao nível das funções. “

O *Functional Goals Screening Protocol: Community Clients with Dementia* (Bourgeois & Rozsa, data desconhecida) (ver anexo 1 - *Functional Goals Screening Protocol: Community Clients with Dementia*) é considerado como um instrumento de rastreio /observação para a recolha de informações. Foi realizado por duas Terapeutas da Fala Michelle Bourgeois e Angela Halter Rozsa, em Inglês (USA). Não existe conhecimento, por parte da investigadora, de outras traduções efetuadas noutra língua.

O presente instrumento é de fácil e rápida aplicação, podendo mesmo ser aplicado em casa do utente. A recolha da informação em um dos itens da prova pode ser realizada através de observação direta ou através do cuidador.

O instrumento tem como objetivo identificar o perfil de funcionalidade de cada pessoa, auxiliar na escolha de metodologias de intervenção e metas para o seu tratamento num formato individualizado. Segundo o contacto com a *Speech Language Pathologist* o instrumento é considerado como um instrumento que não apresenta dados normativos.

Para ser realizada a prova de rastreio de leitura deve-se mostrar ao participante as imagens do item da prova *Bourgeois Oral Reading Measure* (imagens), o investigador realiza as anotações dos resultados na prova *Oral Reading and Comprehension Screen* (Borgeois, 1994). A prova de rastreio tem como objetivo determinar o tamanho de letra / complexidade do texto para a pessoa ler e saber o tipo de dimensão que deve ser realizado para a impressão, para uso no livro de memória ou para o uso de sinais no ambiente. Tendo por base a troca de informação não são considerados como critérios de exclusão o analfabetismo e o grau de gravidade da demência, uma vez que as metodologias seleccionadas devem ser modificadas tendo em conta as especificidades de cada pessoa.

Foi necessário o contacto com a autora para um maior entendimento do item do instrumento, Rastreio de Leitura, uma vez que este grupo distingue a utilização leitura em letras grandes, leitura em letras pequenas e compreensão. O documento que se mostra aos indivíduos (com as frases e imagens), enviado pela autora, apenas tinha um único tamanho para a realização da tarefa. Por este motivo houve o contacto com a autora para perceber qual a forma de visualização do item da prova e maneira de aplicação (tendo em conta que não existe manual de aplicação). Foi referido que as fontes (*Times New Roman*) da prova de Rastreio de leitura deve ser letra em tamanho 14 para a leitura de palavras pequenas e letra em tamanho 48 para a leitura de palavras grandes. Relativamente ao modo de aplicação a autora refere que as pessoas inicialmente são confrontadas com a prova de leitura pequena (com o tamanho das letras em tamanho 14), se referirem que não conseguem descodificar as palavras em letra pequena, mostra-se o tamanho da fonte em letra grande (tamanho 48). Quer a aplicação com letras pequenas ou grandes tem uma cotação máxima de 24 pontos que são cotados pelo número de palavras lidas corretamente em cada frase. Cada uma das cinco frases tem uma cotação diferente umas das outras, sendo atribuído à primeira frase

("O meu cão chama-se Bobi") o valor máximo de cinco pontos, à segunda ("Eu vivo em Coimbra") o valor máximo de quatro pontos, à terceira ("Eu gosto de futebol") o valor máximo de quatro pontos, à quarta ("A minha irmã tem 75 anos") o valor máximo de seis pontos e por último à quinta frase ("A minha mulher chama-se Maria") o valor máximo de cinco pontos. O mesmo procedimento é utilizado para a leitura em letras grandes. Relativamente ao item da compreensão utiliza-se as imagens dos itens com o mesmo método, a pessoa é confrontada inicialmente com as imagens em tamanho pequeno e só se referirem que não conseguem discriminar visualmente mostra-se o estímulo das imagens em tamanho maior. No item de compreensão a cotação máxima possível é de cinco pontos, correspondendo um ponto por cada uma das cinco imagens. Para as imagens correspondentes às frases "O meu cão chama-se Bobi" atribui-se um ponto se for referido que é um cão; "Eu vivo em Coimbra" atribui-se um ponto se for referido que é uma casa; "Eu gosto de futebol" atribui-se um ponto se for referido que é um rapaz a jogar futebol, ou um rapaz a jogar à bola ou um futebolista; "A minha irmã tem 75 anos" atribui-se um ponto se referir que é uma senhora; e por último "A minha mulher chama-se Maria" atribui-se um ponto se referir que é um senhor e uma senhora, casal ou marido e mulher. É de referir que foi respeitada ordem de visualização de imagens e a ordem presente na folha de registo, uma vez que as duas combinadas não utilizam a mesma ordem nos itens iniciais.

Para o item da prova comportamentos de Leitura Visuais e Funcionais (item F. foi selecionada uma notícia de jornal com o objetivo de uniformização do conteúdo. O tema selecionado é considerado como apelativo ao público alvo, sendo este, assalto à mão armada (Jornal de Notícias, 2016) (ver anexo 10 – texto utilizado). Uma vez que não é considerado como critérios de exclusão a iliteracia ou o analfabetismo deve ser pedido à pessoa para comentar. Tendo em conta que as autoras referem que pode ser utilizado qualquer tipo de material, ou seja, pode ser utilizado um jornal, revista, ou outro material escrito existente.

Segundo Bourgeois e Hickey (2009) o instrumento *Functional Goals Screening Protocol: Community Clients with Dementia* apresenta como vantagens identificar os objetivos do tratamento, estabelecer as estratégias terapêuticas e configurar especificamente os parceiros, atividades e locais. Como desvantagem é mencionado que requer observações ao longo do tempo, diferentes localizações e múltiplos parceiros. Relativamente ao *Spaced Retrieval Screen* e ao *Oral Reading Measure*, apresentam

como vantagem, a determinação do potencial de aprendizagem através do uso de pistas e como desvantagem não poderem ser dados estímulos personificados.

Deve ser aplicado o *MMSE – Mini-mental State Exame* (Guerreiro, Silva, Botelho, Castro Caldas & Garcia, 1993) como instrumento de auxílio ao instrumento em questão para identificação se existe por parte dos inquiridos défices cognitivos. Não foi realizada a aplicação deste instrumento uma vez que a instituição facultou os dados realizados.

Em virtude de não existir uma tradução do instrumento *Functional Goals Screening Protocol: Community Clients with Dementia* para Portugal, este foi submetido ao processo de tradução, adaptação cultural e contributo para a validação, tornando-se o objetivo do presente estudo a tradução e contributo para a validação instrumento *Functional Goals Screening Protocol: Community Clients with Dementia* para o português europeu.

Metodologia

Desenho do estudo

Para proceder à etapa de tradução e adaptação linguística foram respeitadas, oito etapas, sendo estas: preparação, tradutores, versão de consenso, retroversão, relatório clínico de revisão do instrumento, análise das novas alterações, painel de peritos e por último uma reunião / *cognitive briefing*.

Na primeira etapa foi delimitada o tipo de metodologia do presente estudo, que se considerada como um estudo metodológico pois, tem como objetivo a tradução de um instrumento, tendo-se em conta a sua fidelidade e validade. Segundo Fortin (2009) um estudo metodológico “visa estabelecer e verificar a fidelidade e a validade dos novos instrumentos de medida, permitindo (...) utilizá-los com toda a confiança”. É ainda referido pela autora que um instrumento em processo de tradução deve: ser aplicado a vários grupos de sujeitos; apropriado às dimensões do conceito a medir; fácil de utilizar e possibilitar a ocorrência de mudanças temporais.

Considera-se descritivo – correlacional uma vez que pretende explorar relações entre variáveis e descrevê-las, os dados são obtidos juntos dos participantes com a ajuda do instrumento (Fortin, 2009).

Foi realizado o contacto com as autoras da prova para ser realizado o pedido de autorização formal para a tradução, adaptação linguística e necessárias alterações tendo

em conta os critérios sociais (usos e costumes) da população portuguesa e respetiva validação em que se obteve a permissão (ver anexo 2 – Permissão da autora).

Ainda nesta etapa foram selecionados os possíveis tradutores e procedido ao contacto com os mesmos. Foi utilizado como critério de seleção dos tradutores o conhecimento da língua original do instrumento (Inglês), uso e fluência da mesma.

O primeiro tradutor (T1) selecionado é fluente em Línguas Germânicas e Português, enquanto que o segundo tradutor (T2) é fluente em Português e Inglês.

Cada um dos tradutores realizou uma tradução, totalizando duas traduções (ver anexo 3 – T1 e ver anexo 4 – T2) da língua original Inglês para o Português Europeu, sem nenhum ter conhecimento do trabalho realizado pelo outro.

Através das duas traduções realizadas, já traduzidas para o Português Europeu, foi efetuada por uma pessoa alheia ao estudo, uma fusão das duas traduções (ver anexo 5 -versão de consenso).

Após a realização da versão de consenso o instrumento criado na etapa anterior foi submetido ao processo de retroversão, ou seja, foi selecionado um tradutor bilingue Inglês/ Português Europeu para traduzir do Português Europeu para a língua do instrumento. O tradutor selecionado licenciado em Línguas Germânicas (ver anexo 6 – retroversão).

Posteriormente à fase de retroversão foi efetuada uma comparação entre o instrumento original e a versão de consenso elaborado por um perito em Terapeuta da Fala (experiente na área) alheio às fases anteriores. Foi redigido pelo mesmo um relatório clínico de revisão do instrumento em que era referido qual o item do instrumento, o termo original em Inglês, a tradução proposta, comentário do revisor(a) e sugestão de alteração (ver anexo 7 – relatório clínico de revisão do instrumento).

No relatório clínico do instrumento foram tidos em conta diversos aspetos para a sua realização, sendo estes de forma a tornar a tradução o mais precisa e clara possível e familiaridade linguística.

De um modo geral foi considerado que foram questões de natureza linguística (tempos verbais), substituições semânticas de modo a tornar o instrumento de maior compreensibilidade das pessoas com níveis de escolaridade baixo ou com índices de compreensão mais limitados. Foi ainda referido pelo revisor a necessidade de ser efetuado pedido de autorização às autoras para substituição de imagens (com melhor qualidade, com menos ruído e a cores) e de termos linguísticos que se adequem à realidade sociocultural do público alvo.

Foi feito o contacto com a autora para ser realizado o pedido para adaptações socioculturais (como no caso concreto da imagem de o senhor a jogar basebol, os nomes estrangeiros de animais, pessoas e locais). A autora deu autorização (ver anexo 8 – permissão das adaptações ao instrumento) para serem realizadas todas as alterações necessárias na prova para proceder à adaptação do instrumento para o português europeu. Para a realização das substituições foram tidas em conta a população alvo da prova e a opinião do perito. Como já foi referido anteriormente foi aceite o pedido formulado às autoras para a modificação das imagens relacionadas ao desporto com maior popularidade (uso comum) adaptação da imagem de Jogador de Soccer (2006) e casa típica portuguesa.

Após a elaboração do relatório clínico de revisão do instrumento foram realizadas as novas alterações de acordo com a opinião do perito.

Tendo em conta a natureza e objetividade redigida no relatório clínico de revisão do instrumento não se considerou necessária à etapa de análise de painel de peritos, por se entender que não existe inconsistências face à versão original do instrumento.

Para testar o nível de compreensão, interpretação e relevância cultural da tradução, foi constituída uma amostra de 31 elementos quer do sexo masculino quer do sexo feminino, em que não foi utilizado como critério de inclusão a necessidade de um diagnóstico de demência.

A qualidade da tradução foi verificada através da análise do Relatório Clínico de Revisão do Instrumento, elaborado por uma Terapeuta da Fala. Posteriormente, foram analisadas e tidas em consideração todas as alterações propostas pela terapeuta devido aos seus conhecimentos científicos e experiência profissional resultando na versão final do instrumento (ver anexo 9 – Versão portuguesa).

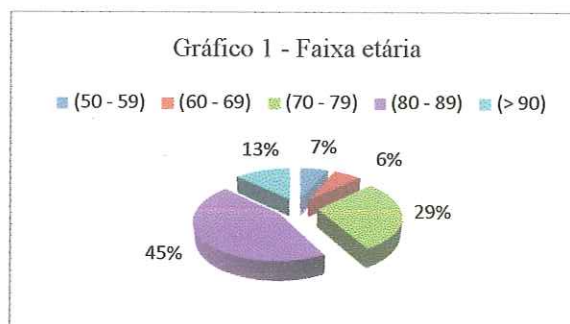
Para a seleção da amostra utilizou-se por conveniência um dos métodos de amostragem não probabilística, que consiste na seleção de um grupo específico de indivíduos na instituição escolhida ao qual o investigador se dirigiu de forma presencial. A instituição selecionada foi um centro de dia, a obtenção da amostra decorreu no período das 12 horas às 17 horas recolhida em contexto de sala comum do centro.

Participantes /amostra

A amostra recolhida é constituída por 31 indivíduos reformados utentes dessa instituição, sendo 23 mulheres (74%) e 8 homens (26%), com idades compreendidas entre os 55 anos e os 95 anos, distribuídos pelas seguintes faixas etárias:

Escalões etários	Frequência	%	% Cumulativa
(50 - 59)	2	6,45	6,45
(60 - 69)	2	6,45	12,90
(70 - 79)	9	29,03	41,94
(80 - 89)	14	45,16	87,10
(> 90)	4	12,90	100,00
Total	31	100,00	

Tabela 1 - Faixa Etária



A população alvo encontra-se envelhecida, concentrando-se essencialmente na faixa etária compreendida entre os 80 e os 90 anos de idade (18 indivíduos, representando cerca de 58% do total), na sua maioria têm um agregado familiar constituído, essencialmente, por filhos, netos e nalguns casos o cônjuge (26; 84%) com os quais vivem, conforme se constata nos dois quadros seguintes.

Agregado	Frequência	%
Sem Família	3	9,7
Só filhos	6	19,4
Filhos e Cônjuge	1	3,2
Filhos e netos	17	54,8
Filhos, cônjuge e netos	2	6,5
Outros	2	6,5
Total	31	100,0

Tabela 2 - Agregado familiar

	Frequência	%
Sozinho	10	32,3
Com o cônjuge	6	19,4
Filhos	10	32,3
Filhos e cônjuge	1	3,2
Outros	4	12,9
Total	31	100,0

Tabela 3 - Vive com quem?

Após aplicação do respetivo instrumento constou-se que o seu preenchimento foi realizado com sucesso (tendo em conta o número de respostas obtidas às questões colocadas) e à sua fácil aplicação (quer por observação direta ou realização de questões abertas às pessoas). Como por exemplo, a questão de “família” em que é questionado à pessoa “se tem família?” e obteve-se como respostas diretas de número de filhos, netos, bisnetos, não tem família, entre outras, que foram agrupados como demonstra o quadro 2 (ver quadro 2 – agregado familiar) pertencente ao agregado familiar dos filhos e sozinhos (ver quadro 3 – vivem com quem?).

Referiram na sua maioria (54,8% do total) que não possuem (16,1%) ou têm poucos amigos (38,7%) e que têm passatempos e/ou atividades, realizadas no exterior ou no interior de casa, estando estas essencialmente relacionadas com as atividades domésticas (ver tabela 4 – Informações pessoais). 7 pessoas (22,6%) não conseguem referir o que é que não gostam, as restantes indicaram situações concretas tais como “que tratem mal” ou relacionadas com maus sentimentos dos outros.

		N = 31	
		Frequência	%
Amigos	Não tem	5	16,1
	Tem poucos	12	38,7
	Tem muitos	14	45,2
Preferências	Nada	10	32,3
	Atividades dentro de casa	11	35,5
	Atividades fora de casa	7	22,6
	Só no centro	3	9,7
Ocupação	Reformado	31	100,0
Passatempos	Nenhum	8	25,8
	Ir ao centro de dia	9	29,0
	Atividades dentro de casa	5	16,1
	Atividades fora de casa	9	29,0
Atividades	Não faz nada	10	32,3
	Atividades domésticas	13	41,9
	Atividades fora de casa	8	25,8
Coisas que não gosta	Não gosta de muita coisa	7	22,6
	Que tratem mal	6	19,4
	Maus sentimentos dos outros	5	16,1
	De ter problemas de saúde	3	9,7
	Problemas no mundo	5	16,1
	Atividades domésticas	3	9,7
	Gosta de tudo	2	6,5

Tabela 4 - Informações Pessoais

Relativamente ao item da prova leitura e escrita é de referir que a maioria dos inquiridos, 24 indivíduos (77.4%) indicaram que sabem ler e 23 indivíduos (74.2%) sabem escrever (ver quadro 5 – Capacidade de leitura e escrita).

		N = 31	
		Frequência	%
Leitura Pré-morbido	Sim	24	77,4
	Não	7	22,6
Escrita Pré-morbida	Sim	23	74,2
	Não	8	25,8

Ver quadro 5 – Capacidade de leitura e escrita

Na generalidade evidenciam alterações de visão, 28 (90%) usam óculos, mas não auditivas e somente 2 (7%) usam aparelho. A maioria, 28 pessoas (90,3%) apenas fala a língua portuguesa. (ver quadro 6 – Alterações sensoriais e línguas faladas).

		N = 31	
		Frequência	%
Usa Aparelho Auditivo	Sim	2	6,5
	Não	29	93,5
Usa Óculo	Sim	28	90,3
	Não	3	9,7
Outras línguas faladas	Sim	3	9,7
	Não	28	90,3

Quadro 6 – Alterações sensoriais e línguas faladas

Resultados

O presente estudo descreveu todo o processo de tradução do instrumento *Functional Goals Screening Protocol: Community Clients with Dementia* do Inglês para o Português Europeu para responder ao objetivo do presente estudo tradução e “contributo para a validação do Instrumento *Functional Goals Screening Protocol: Community Clients with Dementia*”.

A análise estatística dos dados foi efetuada com o recurso ao programa informático denominado *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, versão 22*. O qual permitiu o tratamento estatístico dos dados obtidos, mediante a realização de dois tipos de análises dirigidas aos dados qualitativos e quantitativos. A análise de dados qualitativos foi executada através da distribuição de frequências e a dos dados quantitativos com base no cálculo da média, mediana e moda, e do desvio padrão.

Relativamente aos tópicos conversacionais referidos na tabela (ver tabela 7 – distribuição de frequências), designadamente “Toma a sua vez”, “Cede a vez”, “Mantém o tópico”, “Inicia um novo tópico” e “Pede clarificação” considerou-se que foram realizadas maioritariamente com sucesso as regras comunicativas.

		N = 31	
		Frequência	%
Toma a sua vez	Presente	29	93,5
	Ausente	2	6,5
Cede a Vez	Presente	27	87,1
	Ausente	4	12,9
Mantém o tópico	Presente	25	80,6
	Ausente	6	19,4
Inicia um novo tópico	Presente	27	87,1
	Ausente	4	12,9
Deriva para novo tópico	Presente	17	54,8
	Ausente	14	45,2
Pede Clarificação	Presente	23	74,2
	Ausente	8	25,8
Clarifica	Presente	25	80,6
	Ausente	6	19,4

Tabela 7 - Distribuição de frequências - Tópicos conversacionais

Relativamente a itens de localização espacial (ambiente WC, telefone e copo com água) conclui-se que já começa a haver uma maior dispersão nos resultados desde a quem não consiga realizar a tarefa a quem necessita de assistência leve e moderada (ver tabela 8 – Distribuição de frequências – Localização espacial – rastreio sensorial tátil e auditivo).

No que concerne ao rastreio sensorial tátil e auditivo, considera-se que “Atenção quando os outros falam”, “Segura, aperta”, “Incomodado Ruídos”, “Esfrega Alisa

superfícies”, “Auditivo-atenção música” e “Acerta, bate superfícies”, a grande maioria não utiliza aparelhos auditivos, referem que os ruídos são incômodos para os mesmos; ao nível tátil referem que apresentam destreza para segurar, apertar e explorar superfícies (entre os outros itens da prova), com exceção do item acerta, bate, dá palmadas nos objetos ou superfícies (25; 80,6%) (ver tabela 8 – Distribuição de frequências – Localização espacial – rastreo sensorial tátil e auditivo).

		N = 31	
		Frequência	%
Ambiente - WC	Capaz	26	83,9
	Assistência leve	2	6,5
	Assistência moderada	2	6,5
	Incapaz	1	3,2
Ambiente - Telefone	Capaz	16	51,6
	Assistência leve	1	3,2
	Assistência moderada	1	3,2
	Incapaz	13	41,9
Ambiente - Água	Capaz	23	74,2
	Assistência leve	2	6,5
	Incapaz	6	19,4
Atenção quando os outros falam	Sim	29	93,5
	Não	2	6,5
Segura, apertada	Sim	27	87,1
	Não	4	12,9
Incomodado Ruídos	Sim	7	22,6
	Não	24	77,4
Esfrega Alisa superfícies	Sim	16	51,6
	Não	15	48,4
Auditivo-atenção música	Sim	30	96,8
	Não	1	3,2
Acerta, bate superfícies	Sim	6	19,4
	Não	25	80,6

Tabela 8 – Distribuição de frequências – Localização espacial – rastreo sensorial tátil e auditivo

Quanto aos comportamentos de leitura visuais e funcionais, “Ler voz alta”, “Comenta o tema”, “Envolve Outros Material Escrito” e “Virar páginas”, evidenciou-se que as pessoas têm na sua grande maioria capacidade de leitura. Contrariamente o virar de páginas, o comentar sobre o tema e virar as páginas para procurar novos temas, já não são realizados pela maioria, como se evidencia na tabela (ver tabela 9 – Distribuição de frequências - Comportamentos de leitura visuais e funcionais - Alterações comportamentais).

Relativamente aos itens de alterações comportamentais pode-se constatar que se detetou manifestações motoras inadequadas, estados confusionais e alterações da

comunicação (ver tabela 9 – Distribuição de frequências - Comportamentos de leitura visuais e funcionais - Alterações comportamentais).

		N = 31	
		Frequência	%
Ler voz alta	Sim	18	58,1
	Não	13	41,9
Comenta Tema	Sim	15	48,4
	Não	16	51,6
Envolve Outros Material Escrito	Sim	5	16,1
	Não	26	83,9
Virar páginas	Sim	10	32,3
	Não	21	67,7
Repara em objetos	Sim	23	74,2
	Não	8	25,8
Rastreo Recuperação Informação Imediata	Sim	24	77
	Não	7	23
Rastreo Recuperação Informação - 30 Segundos	Não	31	100
Rastreo Recuperação Informação - 60 Segundos	Sim	1	3
	Não	30	97
Comunica vontades	Capaz	28	90
	Requer assistência	3	10
Diz gostos	Capaz	27	87
	Requer assistência	4	13
Conversa com outros	Capaz	29	94
	Requer assistência	1	3
	Incapaz	1	3
Inicia conversa	Capaz	28	90
	Requer assistência	1	3
	Incapaz	2	6
Alterações comportamentais	Manifestações motoras inadequadas	4	13
	Estado confusional	2	6
	Alterações da comunicação	4	13
	Sem Alterações Comportamentais	21	68
Tipo de alimento	Normal	31	100

Tabela 9 – Distribuição de frequências - Comportamentos de leitura visuais e funcionais - Alterações comportamentais

Por último, a realização de atividades de vida diária consideradas como mobilidade, refeições/ alimentação, higiene do corpo e pessoal e vestir ainda são realizadas pela maioria autonomamente (ver tabela 10 – Distribuição de frequências – Atividades de vida diária).

		N = 31	
		Frequência	%
AVD Mobilidade	Independente	18	58
	Canadiana/ Bengala	13	42
AVD Alimentação	Independente	28	90
	Dependente	3	10
AVD Higiene Corpo	Independente	24	77
	Ajuda mínima	1	3

	Ajuda moderada	3	10
	Dependente	3	10
AVD Vestir	Independente	25	81
	Ajuda mínima	2	6
	Ajuda moderada	1	3
AVD Higiene Pessoal	Dependente	3	10
	Independente	27	87
	Ajuda moderada	1	3
Mini-mental	Dependente	3	10
	Sim	21	68
	Não	8	26
	Total	29	94
	Ausente	2	6

Tabela 10 – Distribuição de frequências – Atividades de vida diária

Foi realizada uma análise através da média, moda e desvio padrão de variáveis métricas para a determinação de variáveis quantitativas (ver tabela 11– Análise de variáveis métricas – faixas etárias e ver tabela 12 – Análise de variáveis métricas - MMSE).

Como referido anteriormente foram inquiridos 29 das 31 pessoas da amostra que obtiveram resultados entre os 17 pontos e os 30 pontos (ver tabela 11– Análise de variáveis métricas – faixas etárias e ver tabela 12 – Análise de variáveis métricas - MMSE).

Os pontos de corte definidos para a população portuguesa relativamente aos quais se considera com défice cognitivo são: para os analfabetos, com valor igual ou inferior a 15 pontos; de um a 11 anos de escolaridade, inferior ou igual a 22; e com escolaridade superior a onze anos, menor ou igual a 27 (Guerreiro, & Col., 1993). Tendo por base a atribuição destes pontos de corte, concluiu-se que não há sensibilidade para deteção da presença / ausência de défice cognitivo para a presente amostra.

	Dados	Frequência	Percentagem	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Assimetria
Faixas etárias	< 69	4	12,90						
	70 - 79	9	29,03						
	80 - 89	14	45,16	80,19	82,00	77,00	9,80	95,96	-1,08
	> 90	4	12,90						

Tabela 11– Análise de variáveis métricas – faixas etárias

	Dados	Frequência	Porcentagem	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Assimetria
	0	2	6,5						
	17	1	3,2						
	19	1	3,2						
	20	1	3,2						
	21	3	9,7						
	22	2	6,5						
MMSE	24	3	9,7	23,32258	26	26	6,987547	48,82581	-2,55592
	25	1	3,2						
	26	6	19,4						
	27	4	12,9						
	28	5	16,1						
	29	1	3,2						
	30	1	3,2						

Tabela 12 – Análise de variáveis métricas – MMSE

Efetuiu-se uma regressão linear para perceber qual as variáveis melhor correlacionadas com o MMSE. Comparando os resultados obtidos nas tabelas (ver tabela 13 – Regressão linear – Hipótese um e tabela 14 – Regressão linear – Hipótese dois) verificou-se que na hipótese um (ver tabela 13 – Regressão linear – Hipótese um) em que a variável dependente é MMSE e a independente são as habilitações literárias, o coeficiente de correlação (R^2) tem o valor de 0,01.

Regressão Linear

Hip 1: Var. Depend. - MMSE; Var. Independ. - Habilitações literárias

Variáveis Inseridas/Removidas

Modelo	Variáveis inseridas	Variáveis removidas	Método
1	Habilitações Literárias		Inserir

Resumo do modelo

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,099	,010	-,042	8,427

ANOVA

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	13,397	1	13,397	,189	,669
	Resíduo	1349,175	19	71,009		
	Total	1362,571	20			

Coeficientes						
Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
		B	Erro Padrão	Beta		
1	(Constante)	23,701	2,675		8,861	,000
	Habilitações Literárias	-,179	,412	-,099	-,434	,669

Tabela 13 – Regressão linear – Hipótese um

Na hipótese dois (tabela 14 – Regressão linear – Hipótese dois), em que a variável independente é a idade, apresenta um R^2 de 0.152 o que traduz uma melhor correlação com o fator idade.

Hip2: Var. Depend. - MMSE; Var. Independ. - Idade					
Variáveis Inseridas/Removidas					
Modelo	Variáveis inseridas	Variáveis removidas	Método		
1	Idade		Inserir		

Resumo do modelo				
Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,390	,152	,123	6,544

ANOVA						
Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	222,904	1	222,904	5,205	,030
	Residuo	1241,870	29	42,823		
	Total	1464,774	30			

Coeficientes						
Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
		B	Erro Padrão	Beta		
1	(Constante)	1,008	9,851		,102	,919
	Idade	,278	,122	,390	2,281	,030

Tabela 14 – Regressão linear – Hipótese dois

Após análise das duas hipóteses não se revelou o critério da escolaridade sensível para a detecção da presença ou ausência de déficit cognitivo.

Tendo por base a conclusão anterior foi atribuído um ponto de corte 24, que segundo Lourenço e Veras (2006) faz com que haja uma maior sensibilidade para detecção de déficit cognitivo tendo em conta os valores da amostra. A aplicação do teste T de Student (ver tabela 15 – Teste T) para amostras não relacionadas, que compara as médias de uma variável para dois grupos de casos independentes (idade e pontos de MMSE) (Pereira, 2006), evidencia que dez pessoas da amostra (com pontuação inferior a 24) com um média etária de 79,30 anos, poderão ter uma maior incidência de déficit cognitivo.

	MMSE	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
Idade	>= 24	21	80,62	8,357	1,824
	< 24	10	79,30	12,781	4,042

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
Idade	Variâncias iguais assumidas	3,196	,084	,345	29	,732	1,319	3,820	-6,494	9,132
	Variâncias iguais não assumidas			,297	12,800	,771	1,319	4,434	-8,275	10,913

Tabela 15 – Teste T

Através da aplicação do instrumento e análise das respetivas respostas dadas pelos utentes no que concerne a perguntas de resposta aberta, conclui-se que:

- No item data de nascimento: nove das 31 pessoas apresentaram dificuldades de nomeação da data (dia, mês e ano);
- No item idade – na resposta a este item existem discrepâncias relativamente à resposta dada no item anterior e dificuldades de nomearem a sua idade, evidenciando alterações cognitivas;
- No item família - para além das respostas diretas (filhos, netos, entre outros) que a pergunta originou, as pessoas associaram para as suas experiências de vida como (referência a África, a família vive no local x);
- No item amigos – houve a extrapolação para inimigos, referência amigos de toda a gente, milhões, incoerentes, morte dos mesmos;

- No item preferências – levou a respostas não objetivas como por exemplo” Tudo! Carne, peixe. É tudo!” e “reformado vou fazer o que calha!”;

- No item de ocupação - a maioria referiu que era reformado, mas todos os elementos indicaram as suas profissões anteriores;

- No item passatempos – houve elementos que não conseguiram proceder à identificação dos mesmo chegando mesmo a não responder ou a fazer referências aos tempo de outrora “gosto de fazer tudo, mas não tenho idade para fazer nada!”, ou realizar atividades que de momento não as conseguem realizar “andar de patins”;

- No item coisas que não gosta – obtiveram-se respostas bastantes coerentes, mas outras evidenciaram défices cognitivos;

- No item C. Amostra conversacional, fale-me da sua família – as respostas obtidas evidenciaram dificuldades de comunicação, circunlóquios, analogias semânticas, mudanças de tópico conversacional. Este tipo de pergunta originou um maior tempo de aplicação. Referência para alterações comunicativas.

- No item F. Comportamentos de leitura visuais e funcionais – houve pessoas que questionaram o significado da sigla JN do jornal; omissão de palavras durante a leitura, discursos sem conteúdos quando as pessoas são analfabetas, referência a que não sabem ler e que o fazem noutra avaliação com o mesmo tipo de letra e tamanho. A presente notícia foi impressa e encadernada em formato de caderno para promover o virar de páginas à procura de outra material escrito por parte do participante;

- No item G. Rastreio de leitura – foram remetidas às suas vivências pessoais, quer durante a leitura quer após conclusão da mesma, redução do número de palavras a ler. Ao nível da compreensão do significado das imagens foram atribuídas pontuações a cada uma delas tendo todas as pessoas obtido a pontuação máxima. Sendo considerada cotação máxima (um ponto por cada imagem) para rapaz a jogar futebol, ou rapaz a jogar à bola, ou futebolista; para a segunda imagem a palavra é cão, para a terceira é casa, a quarta é senhora e para a quinta é casal, ou marido e mulher. Refira-se, ainda, que uma das pessoas referiu igreja em vez de casa, o que coloca em questão a validade da imagem apresentada. Face às dificuldades visuais de algumas pessoas houve necessidade de se utilizar letras grandes. Na leitura foi atribuído um ponto por cada palavra lida corretamente nas cinco frases, totalizando uma pontuação máxima de 24 pontos.

- Item H. Rastreo de recuperação – analogias semânticas com referência a D. Inês de Castro e a “avó Inês”, e a dificuldades de recuperação da informação (indicando possíveis alterações de memória).

No que concerne às questões direcionadas, cujas respostas podem ser recolhidas através de observação direta, da entrevista do doente (Parte 1), da observação do utente (Parte 2), denominadas como respostas fechadas (sim/não; presente/ausente/não oportuno e capaz/requer assistência/incapaz), os resultados obtidos, evidenciam a existência de dificuldades ao nível da comunicação; da orientação no espaço; a possibilidade de alterações auditivas, uma vez que maioritariamente afirmam que não se incomodam com o ruído existente ao seu redor na sala de estar; dificuldades das capacidades cognitiva (memória), de mobilidade; dependência ou não ao nível da alimentação, da higiene corporal, do vestir e higiene pessoal.

Face aos resultados estatísticos calculados e às respostas obtidas através da aplicação do instrumento, permite concluir que existe validade de conteúdo, o qual em termos conceptuais consiste num “grau em que os enunciados de um instrumento de medida representam adequadamente o conteúdo que se pretende avaliar” (Fortin, 1996).

Discussão

Os dados obtidos e resultados de aplicação, considera-se que o instrumento *Functional Goals Screening Protocol: Community Clients with Dementia* é uma ferramenta de rastreio de recolha de informações para o diagnóstico e tratamento de demências do foro neuropsicológico, que ajuda na identificação do perfil de funcionalidade de cada pessoa, uma vez que ajuda na identificação de alterações de memória, comunicação linguagem, pensamento abstrato, localização espaço-temporal.

Uma vez que não existe um manual explicativo de aplicação da prova teve que ser recolhida informação diretamente da autora do instrumento.

Foi considerado como limitação ao estudo o tempo de aplicação do instrumento uma vez que, como foi referido anteriormente, tratar-se de perguntas que envolvem as vivências pessoais recontando-as à investigadora, o que leva ao aumento do tempo de aplicação da ferramenta de rastreio “*Functional Goals Screening Protocol: Community Clients with Dementia*”. No entanto, uma vez que este instrumento necessita de uma amostra discursiva para ser procedida a análise das características do discurso

(características comunicativas), há a possibilidade de observação das capacidades de comunicação em contexto social.

Houve a Substituição das duas imagens para a realidade portuguesa, relativas ao baseball pelo futebol e uma casa da localidade de Swissvale por uma casa típica portuguesa, proposta pela terapeuta. Relativamente à imagem de uma casa, foi referida por uma em 31 pessoas, que lhe parecia uma igreja. No entanto não se considera que influencie a validade do conteúdo tendo em conta a sua reduzida expressão na amostra.

A utilização de uma notícia de jornal para a realização da prova “capacidade de leitura” uma vez que pode ser utilizado qualquer tipo de material escrito como jornal, revista ou outro existente no lar ou na entidade. Relativamente à notícia refere-se que o tema é atual e de interesse para as pessoas, por ter um cariz social de grande impacto, amplamente divulgado nos meios de comunicação de massas. Relativamente à imagem deste item da prova considera-se que os participantes não o descreveram porque a imagem da presente notícia apresenta pouca informação para se proceder à sua descrição.

Considera-se como limitação a demora em todas as etapas do processo de tradução, o tempo de aplicação do instrumento, o número de vezes/horas necessárias estar junto da instituição face às características intrínsecas da população que constituiu a amostra.

Outra limitação considerada pela investigadora consiste no facto de não ter encontrado resultados de aplicação da escala original para efetuar uma análise de correlação entre os resultados obtidos.

A autora da prova refere que no presente não está a ser aplicado o MMSE mas sim a *Montreal Cognitive Assessment- MoCA* (Freitas, Simões, Santana, Martins, C. & Nasreddine, 2013).

Para a realização de futuros estudos pode ser utilizado o estudo comparativo entre a aplicação do MMSE, MOCA e o instrumento “*Functional Goals Screening Protocol: Community Clients with Dementia*” uma vez que a autora referiu que tem sido substituído.

Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association (2014). *DSM-V. Manual de Diagnóstico e estatística das perturbações mentais. (5.ª Edição)*. Lisboa: Climepsi Editores.

Bourgeois, M. e Rozsa, A. H. (data desconhecida). *Functional Goals Screening Protocol: Community Clients with Dementia*. América.

Bourgeois, M. S. (1994). *Oral Reading and Comprehension Screen*.

Bourgeois, M. S. e Hickey, E. M. (2009). *Dementia. From Diagnosis to Management – A Functional Approach*. New York: Psychology Press. Taylor & Francis Group.

Fortin, M. F. (1996). *O processo de investigação da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.

Guerreiro, M. e Col. (1993). *Mini-Mental State Exame (MMSE)*. Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz, Hospital Sta. Maria.

Instituto Nacional de Estatística (19 de Março de 2009). *Projeções de população residente em Portugal 2008-2060*. Destaque. Informação à Comunicação Social.

Lourenço, R. A. e Veras, R. P. (2006). *Mini-Exame do Estado Mental: Características psicométricas em idosos ambulatoriais*. Ver. Saúde Pública vol.40. Brasil: São Paulo.

Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013) *Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 1*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Pereira, A. (2006). *Spss. Guia prático de utilização. Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pereira, J.R.D. (2012). *Envelhecimento e dinâmicas sociais*. Coimbra: Faculdade de Economia Universidade de Coimbra.

Referências Eletrónicas

Jogador de Soccer (2006). *Imagem de jogador de futebol*.

<http://www.descontotododia.com/adesivo-de-parede-futebol-soccer-player-stixx-adesivos-criativos-preto-69x116c-10/> última consulta 5/12/2015 pelas 17:49.

Jornal de Notícias, (2016). *Mais um assalto à mão armada por encapuzados*.
http://www.jn.pt/PaginaInicial/Justica/interior.aspx?content_id=5027809, Último
acesso: 14/2/2016 pelas 11:15.